

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1913

356 3

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

David SOLAL

NÉ A TUNIS, LE 26 FÉVRIER 1888

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

L'Amygdalite
ET LA
Péri-Amygdalite
linguales phlegmoneuses

Président : M. le Professeur CHANTEMESSE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (IV^e)

1913



356

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1913

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

David SOLAL

NÉ A TUNIS, LE 26 FÉVRIER 1888

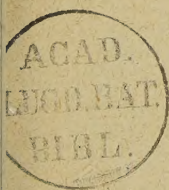
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

L'Amygdalite

ET LA

Péri-Amygdalite

linguales phlegmoneuses



Président : M. le Professeur CHANTEMESSE

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (IV^e)

1913

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		WEISS
Chimie organique et chimie générale		DESCREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	{	WIDAL
Pathologie chirurgicale		TEISSIER
Anatomie pathologique		LEJARS
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		MARFAN
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		LETULLE
		ROGER
		GILBERT
Clinique médicale	{	DEBOVE
		LANDOUZY
		CHAUFFARD
		HUTINEL
Maladies des enfants		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux		PIERRE DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale		RECLUS
		DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique		LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires		BAR
		PINARD
Clinique d'accouchements	{	RIBEMONT-DES
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrégés en exercice		
MM.		
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX
BRANCA	GRÉGOIRE	LERI
BRINDEAU	GUENIOT	LÉPER
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CARNOT	LABBE MARCEL	MULON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBECOURT
CLAUDE	TINE	OKINCZYC
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE
		PROUST
		RATHERY
		RETERER
		RICHAUD
		ROUSSY
		ROUVIERE
		SCHWARTZ
		SICARD
		TERRIEN
		TIFFENEAU
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage d'affection
et de reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MES CAMARADES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur RECLUS
1907 (Hôpital de la Charité)

Monsieur le Professeur LANDOUZY
1908 (Hôpital Laënnec)

Monsieur le Professeur agrégé SCHWARTZ
Stage 1908-1909 (Hôpital Cochin)

Monsieur le Professeur WIDAL
Stage 1909 (Hôpital Cochin)

Monsieur le Professeur DIEULAFOY (*in memoriam*)
Stage 1909-1910 (Hôtel-Dieu)

Monsieur le Docteur BROcq
Externat 1910 (Hôpital St-Louis)

Monsieur le Docteur BEURNIER
Externat 1910-1911 (Hôpital St-Louis)

Monsieur le Professeur agrégé POTOCKI
Stage obstétrical 1911 (Hôpital de la Pitié)

Monsieur le Professeur CHANTEMESSE
Externat 1911-1912 (Hôtel-Dieu)

Monsieur le Docteur LERMOYEZ
Externat 1912-1913 (Hôpital St-Antoine)

Monsieur le Docteur BLANLUET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
ET MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Professeur à la Faculté de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A quelques-uns de mes maîtres je dois ici des remerciements particuliers.

M. le Professeur CHANTEMESSE me fait aujourd'hui le grand honneur d'être mon président de thèse : je l'en remercie bien sincèrement.

M. LERMOYEZ a bien voulu m'autoriser à travailler ma thèse dans son service. M. le Docteur BLANLUET m'a aidé de ses conseils : à tous les deux j'exprime ma profonde gratitude.

Introduction

La connaissance des suppurations de l'amygdale linguale remonte seulement à la fin du siècle dernier ; le nombre assez restreint d'observations publiées jusque là ne permettait pas d'en faire une étude approfondie. Depuis une vingtaine d'années, les progrès de l'endoscopie aidant, on a pu les étudier plus cliniquement, suivre leur évolution et les dégager des diverses affections avec lesquelles on les confondait.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas typique de phlegmon de la 4^{me} amygdale dans le service de notre maître, M. le Docteur LERMOYEZ. Nous avons pensé, sur les conseils de M. le Docteur BLANLUET, à consulter les travaux publiés sur la pathologie de l'amygdale linguale pour réunir les observations parues jusqu'à ce jour.

Sans avoir la prétention d'émettre des théories nouvelles, nous exposons les résultats de nos

recherches et les conclusions qu'elles nous ont inspirées forment le sujet de notre thèse. Nous groupons dans un travail d'ensemble les connaissances actuelles sur la question.

A en juger par le petit nombre d'observations publiées, cet abcès est rare ; peut-être faut-il faire la part des cas passés inaperçus ou confondus avec d'autres affections, et de ceux non rapportés.

Dans la première partie de notre thèse, nous consacrerons quelques lignes à l'historique de la question : cet historique sera suivi des observations publiées à ce jour. La seconde partie comprendra la pathologie.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

Historique

Depuis longtemps — DUPUYTREN s'en occupa — la pathologie des amygdales palatines intéresse les auteurs. Bien que relativement plus récente, celle de l'amygdale pharyngée remonte aux travaux de MEYER, de Copenhague, en 1873. Pendant ce temps-là, l'existence même de la quatrième amygdale était presque ignorée : c'est à peine si, en 1872, MANDL, dans son *Traité pratique des Maladies du larynx et du pharynx*, décrit les follicules de la base de la langue. Puis LENNOX, en 1880, BROWNE, HEYMANN, en 1887, s'occupent à leur tour de son anatomie.

Jusque là, pas un mot sur sa pathologie, et tout ce qui y avait rapport était confondu avec les mala-

dies des régions voisines. C'est ainsi qu'en 1885, CAULIER, consacrant sa thèse à la glossite aiguë, y publie quelques observations relatives à l'inflammation limitée de la partie postérieure de la langue, suivie d'une suppuration en foyer. Il semble bien qu'il s'agisse là d'un abcès non soupçonné de la quatrième amygdale.

La même année, VERCHÈRE et DENUCÉ relatent dans le « Bulletin de la Société anatomique », un cas d'abcès de la base de la langue. Eux encore, ils ne pensent pas au tissu lymphoïde, mais en l'occurrence il semble qu'il ne s'agissait là que d'un kyste suppuré.

HAGEN et FLEISCHMANN furent plus précis. Ils rapportèrent des observations de suppuration aiguë de l'amygdale. HAGEN, dans son rapport à la Société médicale de Leipzig, le 16 octobre 1888, donne un aperçu de la symptomatologie. Cependant, il n'insiste pas et s'intéresse surtout à l'hypertrophie de l'amygdale. SCHAEDE, en 1891, en dit encore moins.

A cette époque, dans le Traité de chirurgie BROCA, à propos de la glossite aiguë, parle de l'inflammation de la base de la langue : il l'appelle glossite basique. DAVID CRAIGIE la dénommera angine linguale.

Comme on le voit, on commence à s'occuper de la quatrième amygdale mais l'on n'y attache que peu d'importance.

Il faut arriver à RUAULT pour trouver le premier travail sérieux sur la question : à la séance du 4 dé-

cembre 1891 de la Société d'otologie, de laryngologie et de rhinologie de Paris, RUAULT présente son travail sur l'angine linguale. Le premier il la distingue des autres angines occupant les différents groupes de follicules clos péri-pharyngiens et des affections pouvant la simuler : glossite basique intermusculaire, phlegmon péri-laryngien ; à la discussion du rapport, MOURA cite un cas inédit, LUC rapproche de ces faits le cas d'un malade, officier de marine ayant eu des abcès à répétition de l'amygdale linguale.

L'année suivante RUAULT revient sur son sujet dans les Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie (janvier 1892) et en parle dans le Traité de Médecine de CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD.

A la suite de ces travaux les auteurs s'intéressent à cet amas de tissu lymphoïde jusque-là négligé et en présence d'une atteinte de la base de la langue ils cherchent désormais à y retrouver la part de l'amygdale. On voit alors, en 1892, HELARY observer un cas typique dans le service de GOUGUENHEIM et en donner l'observation complète dans les Annales de laryngologie. Puis CARTAZ en cite un autre. GUROWITCH, d'Odessa, en publie deux. SEIFERT, en 1893, décrit le « phlegmon péri-épiglottique ».

La même année SIMANOWSKI s'occupe des affections inflammatoires des tissus glandulaires lymphatiques de la base de la langue et cite cinq cas d'amygdalite suppurée. MARION, dans sa thèse

(1894), étudie un cas inédit de LARMOYEZ. Puis, en 1896, ESCAT publie une intéressante observation ; en 1898 ce dernier présente un rapport complet sur la question à la Société de laryngologie. Puis il décrit magistralement le phlegmon de la quatrième amygdale dans son *Traité des maladies du pharynx*.

En 1899, GOODALE (de Boston) lit à l'Association laryngologique américaine un travail basé sur huit observations d'abcès intra-folliculaires. SCHEFF, en 1900, en parle à la Société viennoise de laryngologie.

Tous ces cas concernaient des adultes : KATZ, en 1900, publie dans le Progrès Médical l'histoire d'une angine phlegmoneuse chez un enfant de huit ans. C'est la seule signalée à cet âge.

D'autres observations, désormais plus complètes, suivirent : celle de DEPOUTRE (de Cambrai), en 1903, est rapportée avec tous les détails. KILLIAN, à la XII^e réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud étudie le diagnostic et le traitement des abcès situés profondément dans la base de la langue. Enfin, en 1900, SEIFERT relève un abcès de l'amygdale linguale chez un diabétique.

A ces observations nous ajouterons un cas inédit que nous avons suivi en juillet 1912, à Saint-Antoine, dans le service de notre maître, Monsieur le Docteur LERMOYEZ.

CHAPITRE II

Observations

Nous ne rapporterons ici que les observations qui nous ont fourni les éléments de notre thèse, en donnant *in-extenso* celles qui ont été publiées avec les détails les plus complets, et en résumant les autres.

OBSERVATION I à III

Observations de Ruault (Résumées)

Sur six cas d'inflammation phlegmoneuse trois se terminent par suppuration. Les malades présentent une douleur intense à la déglutition, des douleurs auriculaires, médiastinales consistant en sensation constrictive pénible au niveau de la fourchette sternale : à la base de la langue tuméfaction notable. Quelquefois accès de suffocation. La scarification de la base de la langue amène la guérison.

OBSERVATION IV

Observation de Noura (Résumée)

Le malade ne peut avaler : après scarification il s'écoule du pus et en deux jours guérison.

OBSERVATION V

Observation de Luc (Résumée)

Officier de marine présentant des abcès à répétition de l'amygdale lingale. Cet officier avait eu la fièvre jaune et depuis cette époque récidives plusieurs fois par an de son abcès et cela malgré la plus rigoureuse antisepsie de la bouche faite après chaque repas.

OBSERVATION VI

*Observation de Helary faite à l'hôpital Eariboisière,
service du Docteur Gouguenheim*

Il s'agit d'un abcès localisé à la base de la langue ayant débuté d'emblée sans avoir été précédé de glossite. Voici les faits.

Le nommé F... H., âgé de 17 ans, exerçant le métier de cocher n'a jamais eu d'affections de la gorge. Comme maladies antérieures il n'a eu que la rougeole dans son enfan-

ce. Il n'a pas d'antécédents héréditaires et ses parents se portent bien. Son état général paraît assez bon. Le début de sa maladie remonte au dimanche 16 avril. Ce jour-là pendant qu'il déjeunait il ressentit en avalant un morceau de viande une douleur légère, comme une éraflure due à la présence d'un petit os. Cette douleur ne dura qu'un instant et il continua son repas sans la moindre gêne. Dans la soirée il éprouva bientôt un petit picôtement au fond de la gorge puis, quelques heures après il commença à avaler sa salive avec peine. Le lendemain la douleur avait augmenté d'intensité, mais l'état général n'était pas altéré et il n'y avait, ni frisson, ni fièvre.

Jusqu'au vendredi suivant le malade continua à travailler sans plus s'inquiéter de son état. Cependant la dysphagie avait peu à peu augmenté au point que la déglutition des aliments solides était devenue à peu près impossible. Le passage même des liquides déterminait une souffrance très vive.

Dans la soirée du vendredi la fièvre s'allume avec son cortège habituel de symptômes bruyants, frissons, céphalalgie, courbature, soif vive, sécheresse de la bouche. Dans la nuit qui suit le sommeil est très agité, le malade commence à éprouver une certaine difficulté pour respirer. Quelques légers accès d'étouffement se produisent, qui le forcent à sortir de son lit pour chercher un peu d'air au dehors.

C'est dans cette situation qu'il se décide le lendemain à entrer à l'hôpital Lariboisière dans le service du Docteur Gouguenheim.

A son entrée, état général déprimé. Peau chaude, fièvre vive : la température du soir est 38°6. Respiration difficile,

mais sans tirage. Impossibilité d'avaler la salive et tout aliment liquide. Léger gonflement du cou à gauche : on sent quelques petits ganglions qui roulent sous le doigt.

Pas de douleur spontanée dans la gorge, ni d'élancement du côté des oreilles.

La bouche s'ouvre librement, mais les mouvements de la langue sont extrêmement difficiles. Dans toute la partie accessible à la vue elle n'est ni rouge ni tuméfiée : loin de pendre hors de la bouche comme dans le cas de glossite il y a au contraire une impossibilité presque complète à l'attirer au dehors.

La voix n'est pas altérée mais la parole est un peu sourde et embarrassée en raison du peu de mobilité de la langue.

Un simple examen de la bouche et du pharynx ne montre d'abord rien de particulier. La partie antérieure de la langue qui a son aspect habituel n'est même pas douloureuse à la pression du doigt. Le pharynx présente seulement un peu de rougeur ainsi que les amygdales et les piliers qui paraissent légèrement enflammés.

Les symptômes généraux et fonctionnels allant en augmentant de gravité et la maladie n'ayant pas les allures d'une simple angine on examine le lendemain le malade au laryngoscope : on voit alors au-devant de l'épiglotte, à la base de la langue, une tumeur de la grosseur d'une petite noix, siégeant à la partie moyenne mais semblant prédominer à gauche, au niveau de la quatrième amygdale de ce côté. Cette petite grosseur s'élevant à la surface de la muqueuse masque la fossette épiglottique : il n'y a pas d'œdème, ni d'augmentation du volume de l'épiglotte : elle présente seulement un peu de rougeur et elle semble repoussée en arrière sur le larynx.

La difficulté de l'examen laryngoscopique ne permet pas de voir l'intérieur de la glotte et l'état des cordes vocales. Autour de la tumeur pas de traces d'inflammation sinon un peu de rougeur de la muqueuse. Du côté opposé de la base de la langue rien non plus de particulier : l'amygdale linguale de ce côté n'est ni hypertrophiée, ni enflammée.

La pression du doigt enfoncé profondément détermine une vive douleur et permet de sentir une légère résistance.

Le lendemain la température se maintient à 38°.

La douleur et la dysphagie sont extrêmes. La respiration est très gênée et détermine quelques accès d'étouffement. Pour parer aux accidents d'asphyxie on se prépare à inciser à l'aide du bistouri la collection purulente, quand tout à coup l'abcès s'ouvre spontanément et, au milieu de la salive, s'écoule une quantité assez grande (environ un quart de verre) d'un pus blanc rougeâtre, épais, d'odeur infecte. Déjà la veille le malade avait dans la bouche un goût désagréable et quelques crachats étaient même striés de filets purulents.

Aussitôt après l'évacuation de l'abcès il se fait une détente considérable et une amélioration immédiate se produit. Les troubles fonctionnels s'amendent rapidement : la respiration se fait sans peine. La déglutition de la salive et des aliments ne détermine qu'une gêne légère.

Le lendemain, 26 avril, la température tombe à 37°. L'état général est excellent et le malade, pour la première fois, mange de bon appétit. A l'examen au miroir on remarque encore à gauche, en avant de l'épiglotte une petite élévation de la muqueuse, de couleur foncée, présentant au milieu une petite dépression qui correspond à l'orifice de sortie du pus. Les mouvements de la langue sont devenus faciles et la parole n'est plus embarrassée,

Le pus ayant été évacué spontanément et au milieu des crachats il a été impossible de le recueillir pour en pratiquer l'examen bactériologique...

OBSERVATION VII à XI

Observations de Simanowsky (Résumées)

OBSERVATION I. — Amygdalite folliculaire suppurée. Jeune femme. Depuis dix jours, gêne sans douleur, à la base de la langue. Brusquement, la déglutition devient difficile et les symptômes généraux apparaissent. Examen : à la base de la langue, muqueuse tendue, rose, parsemée d'ilots rouge vif, fossettes glosso-épiglottiques effacées, épiglote légèrement hyperémiée. Au bout de deux jours, apparition à gauche d'une saillie piriforme avec point central jaune. Ce premier abcès folliculaire s'ouvre spontanément. Pendant tout un mois, une série d'abcès semblables se forment et s'ouvrent successivement, se traduisant chaque fois par des troubles de la déglutition, et dans quelques cas s'accompagnent de suffocation.

OBSERVATION II. — Angine pultacée commune suivie d'amygdalite linguale folliculaire suppurée chez un soldat. Trois follicules suppurent et s'ouvrent à des intervalles de quatre ou cinq jours. Epiglote et repli ary-épiglottique gauche œdématisés.

OBSERVATION III. — Amygdalite phlegmoneuse. Femme de 35 ans. Laryngite puis amygdalite. Douleur, puis au bout de quinze jours, fièvre et dyspha-

gie presque complète avec dyspnée inquiétante. Examen : moitié gauche de la base de la langue tuméfiée ; fossettes effacées, épiglote œdématiée et déviée à droite. Incision au bistouri donnant quelques grammes de pus. L'état général ne se rétablit qu'au bout de quinze jours.

OBSERVATION IV. — Amygdalite suppurée double. Femme de 60 ans. Epiglote repoussée en arrière cachant le larynx. Derrière le V lingual, de chaque côté de la ligne médiane, on voit une tumeur arrondie : pus visible par transparence.

OBSERVATION V. — Amygdalite phlegmoneuse avec glossite. Homme de 25 ans. Tuméfaction localisée d'abord à l'amygdale linguale droite envahit toute la langue jusqu'à quatre centimètres de la pointe. Le malade ne peut ouvrir la bouche ni sortir la langue. Les fossettes glosso-épiglottiques ne sont pas effacées : il n'y a pas d'adénopathie. L'abcès s'ouvre spontanément et il s'écoule environ vingt grammes de pus.

OBSERVATION XII

*Observation de Lermoyez
rapportée par Marion dans sa thèse*

Mme H. D. . . , 38 ans.

Il y a trois jours (le 26 juin par conséquent) à la suite d'un refroidissement (ou d'une colère ?) la malade a éprouvé une sensation de brûlure dans la gorge. En même temps est survenue une sensation de corps étranger au même niveau.

Il y a eu de la gêne à la déglutition, surtout pour les solides.

Fièvre, céphalagie, perte de sommeil, douleurs vives et continues, douleurs lancinantes avec battement au niveau de la gorge.

Un peu d'empâtement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire, douleur au toucher.

Il y a dix ans la malade a eu un abcès dans les mêmes conditions, les souffrances ont été des plus vives et n'ont été calmées que par l'écoulement d'un flot de pus fétide. Pas d'autre maladie.

Examen : Région sous-maxillaire tuméfiée et douloureuse, ainsi que je l'ai dit. Pharynx un peu pâle, sur le bord libre des piliers trainées rougeâtres.

Base de la langue : Hypertrophie de l'amygdale linguale assez nettement circonscrite à gauche. Il s'agit là d'une véritable infiltration phlegmoneuse qui a gagné l'épiglotte. Celle-ci apparaît immobile, rongée granuleuse.

Traitement : gargarismes et pulvérisations.

L'abcès s'ouvre spontanément cinq jours après.

OBSERVATION XIII

Observation de Helme rapportée par Marion (Résumée)

L'attention est attirée par une fétidité extrême de l'haleine. Le malade se plaint de gêne à la déglutition. L'examen laryngoscopique montre l'amygdale linguale hypertrophiée et blanche ; incision : il s'écoule un pus contenant des grumeaux blanchâtres très fétides.

⚡ OBSERVATION XIV

*Observation d'Escat faite à la clinique de l'auteur
à l'Hôtel-Dieu de Toulouse*

Al..., 33 ans, cordonnier, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 26 juillet 1895.

Ce malade nous raconte qu'il était sur le point de guérir d'une angine soignée en ville depuis huit jours quand il éprouva du huitième au neuvième jour une rechute.

Les symptômes fébriles du début, insomnie, céphalalgie, frissonnement, soif ardente reparurent beaucoup plus intenses qu'à la première atteinte.

La douleur de gorge également plus vive que la première fois était localisée par le malade dans un point plus déclive de la gorge, répondant extérieurement, dans la région sus-hyoïdienne, à la grande corne de l'os hyoïde du côté gauche.

La déglutition s'était montrée encore plus difficile, même pour les liquides qui constituaient le seul régime suivi par le malade.

L'oreille gauche était devenue douloureuse et affectée d'un certain degré de surdité : MG = 6 cent.

Le médecin ayant examiné la gorge du malade et n'ayant plus rien vu sur les amygdales palatines capables d'expliquer les nouveaux symptômes survenus, nous l'adressa immédiatement.

🍷 Voici l'état du malade au moment de notre examen :

La région sus-hyoïdienne était œdématiée dans son ensemble et d'une façon symétrique, mais le gonflement por-

tait surtout sur la région médiane. Au milieu de l'œdème on pouvait distinguer par la palpation l'engorgement des ganglions sus-hyoïdiens médians beaucoup plus prononcé.

La pression digitale exercée sur la grande corne de l'os hyoïde provoquait une vive douleur du côté gauche.

La respiration était pénible, mais il n'y avait pas pour cela un vrai tirage.

La parole était presque inintelligible et présentait des caractères cliniques sur lesquels il me paraît intéressant d'insister.

Le symptôme était complexe, comme une analyse attentive me le démontra : il résultait, en effet, de l'association d'un trouble de phonation et d'un trouble d'articulation.

Le timbre vocal était, en effet, nasalé à l'excès, ce que je me suis expliqué depuis par l'élévation et la raideur irréductible de la base de la langue qui, obturant l'isthme bucco-pharyngé, empêchait l'onde vocale de s'écouler par la bouche et l'obligeait pour tous les sons émis à passer tout entière par les fosses nasales.

L'articulation à son tour était rendue impossible par l'immobilité de la langue sur le plancher buccal ; comme ankylosé par sa base, l'organe, ne pouvant dépasser l'arcade dentaire, était incapable du moindre mouvement, malgré l'intégrité du tonus musculaire qui était plutôt exagéré.

Il y avait donc à la fois nasonnement et anarthie ; de ces deux anomalies résultait une voix parlée épaisse, embarrassée, pâteuse, coassante, inintelligible, d'un caractère étrange...

Le malade accuse la sensation de corps étranger. L'auteur pratique l'examen de la bouche : la langue est saburrale, difficile à déprimer. Le plancher buccal est dépressible

et non douloureux. Avec son abaisse-langue spécial et un miroir il voit alors « à la base de la langue occupant toute la moitié gauche de l'amygdale linguale, une voussure très rouge, luisante, sans la moindre trace de lobulisation, couverte sur quelques points de sa périphérie d'enduit saburral très adhérent.

Cette tuméfaction dépassait le niveau du bord de l'épiglotte, elle avait refoulé la moitié gauche de cette lame cartilagineuse rendue par suite asymétrique et obstrue la fossette sus-épiglottique correspondante.

Abandonnant le miroir laryngien je pratiquai le toucher qui fut très difficile et extrêmement pénible pour le malade.

Je sentis une tumeur lisse et rénitente ; il me serait difficile d'affirmer que je sentis une véritable fluctuation.

Lors de cet examen l'abcès se rompt spontanément et le malade rejette le pus. Les symptômes fonctionnels s'apaisent et après quelques gargarismes avec de la résorcine à 1 o/o et des badigeonnages de la gorge à la glycérine mentholée, le malade guérit.

OBSERVATION XV

Observation de Katz (Résumée)

Enfant de huit ans, soigné aux Enfants-Malades pour état infectieux grave post-rubéolique. Début d'amélioration lorsque le 20 juin la fièvre se rallume, l'enfant se plaint de la gorge.

Examen : l'enfant ouvre facilement la bouche, tire la langue sans difficulté : un peu de rougeur des amygdales.

Jours suivants : dysphagie progressive et violents accès de suffocation avec tirage sus-sternal et abdominal qui font que l'on se dispose à tuber l'enfant. Puis les accès s'arrêtent et on fait un nouvel examen de la gorge : à la base de la langue et à droite on découvre une tumeur du volume d'une noisette avec, à son sommet, un petit point jaune : épiglote œdématiée.

On incise pendant que survient un nouvel accès de suffocation. Il s'écoule cinq ou six grammes d'un pus jaune, bien lié, pas fétide et les accidents cessent immédiatement.

OBSERVATION XVI

Observation de Depoutre.

6 novembre 1902. M. D... J., cultivateur, âgé de 35 ans. Se plaint de douleurs très pénibles de la gorge, survenues brusquement le 1^{er} novembre sans cause apparente, rendant toute tentative de déglutition absolument impossible et

s'irradiant vers l'oreille gauche. Depuis six jours, le malade n'a pu avaler que quelques gorgées d'eau ou de lait, et depuis 48 h. il n'a absolument rien absorbé, l'eau elle-même passant par le nez lorsqu'il s'efforçait d'avaler malgré la douleur. Le faciès est altéré, la voix légèrement nasonnée est bonne, mais il semble que le malade parle avec quelque chose dans la bouche. Il indique comme siège de la douleur la partie gauche du fond de la gorge où il a la sensation d'avoir un corps étranger volumineux.

Croyant tout d'abord à un abcès d'une amygdale palatine je pratique l'examen : à mon grand étonnement, le malade ouvre facilement la bouche. L'application de l'abaisse-langue détermine une douleur vive, mais je peux rapidement me rendre compte que le voile du palais, les amygdales et la partie médiane du pharynx sont normaux, en dehors d'une légère rougeur des piliers antérieurs. La langue est couverte d'un enduit saburral très épais, l'haleine fétide ; les mouvements de la langue sont douloureux et il m'est impossible d'en saisir l'extrémité pour l'examen laryngoscopique. Le malade étant docile et les réflexes peu accusés, je déprime la langue légèrement avec l'index gauche et arrive ainsi à placer un miroir. La base de la langue m'apparaît alors présentant à gauche de la ligne médiane une tuméfaction rouge, tendue, du volume d'une grosse noix repoussant en arrière l'épiglotte : le ligament et la fossette glosso-épiglottiques sont effacés complètement. Avec l'index, j'arrive à toucher cette tuméfaction qui est uniformément dure, non fluctuante ; ce toucher est extrêmement pénible. La température axillaire est de 40°, le pouls 120 : il y a des frissons, une courbature intense et de la céphalalgie.

Le malade acceptant toute intervention, je pratique immédiatement une incision au centre de la tuméfaction à

l'aide d'un bistouri coudé, guidé par l'index gauche placé sur l'abcès. Avec le sang, le malade crache une petite quantité de pus et peu après accuse une diminution notable des douleurs. J'ordonne un gargarisme au phénosalyl et de la vaseline mentholée dans le nez.

8 novembre. Je revois le malade : il est amené en voiture et se tient péniblement debout, affaibli, le teint terreux. Il a été soulagé pendant douze heures environ à la suite de l'incision ; les douleurs ont repris ensuite et la déglutition même des liquides est encore devenue impossible. Il a une céphalée violente, 40° 3 ; l'examen des urines, pratiqué immédiatement, les montre légèrement albumineuses. L'état local a peu changé depuis deux jours, le miroir permet de voir la base de la langue où la tuméfaction existe toujours, sensiblement accrue ; le repli aryéno-épiglottique gauche est œdématié, l'épiglotte déformée mais normale. L'incision pratiquée l'ayant-veille est encore visible sous forme d'une raie blanchâtre. La palpation avec l'index donne la même sensation de dureté.

Je pratique cette fois deux larges incisions, profondément dans toute l'étendue de la tumeur, puis, à l'aide d'un crochet amygdalien introduit dans l'une d'elles, je dilacère rapidement les tissus. De suite le malade rejette avec le sang une grosse quantité de pus. La douleur violente occasionnée par l'intervention amène, au début, une syncope, vite calmée par le décubitus horizontal. Même traitement.

10 novembre. Le malade est revu : les douleurs ont disparu très rapidement après l'incision du 8 novembre. La déglutition se fait facilement et le faciès est déjà tout autre. La base de la langue à gauche reste légèrement indurée : badigeonnage à la teinture d'iodé.

15 novembre. Guérison maintenue ; urines normales : la palpation permet encore de sentir un petit noyau induré dans la partie gauche de l'amygdale linguale.

1^{er} décembre. Toute trace de la lésion a disparu.

OBSERVATION XVII

Observation de Seifert (Résumée)

Cas d'un diabétique qui se blesse à la base de la langue par une arête de poisson. Dysphagie et dyspnée. L'examen montra du gonflement du pilier gauche et de la moitié gauche de l'épiglotte et de la tension douloureuse de la région supra-hyoïdienne. Le toucher montra de la fluctuation au niveau d'une grosseur située dans la moitié gauche de la base de la langue.

Incision au moyen du couteau de Heryng guidé par le doigt : il s'écoule un flot de pus fétide. Hé-morragie secondaire et guérison.

OBSERVATION XVIII

Cas personnel observé dans le service du Dr Lermoyez à l'Hôpital Saint-Antoine

Homme de 27 ans, vernisseur. Il vient à la consultation de laryngologie de St-Antoine le 16 juillet 1912 parce que depuis quelques jours il a mal à la gorge et ne peut plus rien avaler.

Antécédents héréditaires : frère mort de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels : dans l'enfance scarlatine et angine couenneuse (?) Il y a deux ans abcès de la marge de l'anus et l'année dernière pleurésie sèche. En outre très sujet aux rhumes.

Le début de l'affection actuelle remonte aux premiers jours de juillet ; à ce moment le malade eut un léger mal de gorge avec dysphagie. Son médecin diagnostiqua une angine et ordonna un gargarisme à la glycérine boratée.

Mais la douleur et la dysphagie augmentent : le malade ne peut même plus avaler les liquides. Il vient alors consulter à St-Antoine où il est admis.

Nous l'examinons le 17 juillet.

L'examen du cou ne montre pas de déformation extérieure, il n'y a pas d'adénopathie : on trouve seulement une légère douleur à la pression dans la région sus-hyoïdienne. Cette douleur ne se propage pas vers l'oreille.

Le malade présente des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques.

A) *Symptômes fonctionnels.* — Dysphagie qui est allée en progressant depuis le début de l'affection. Elle est presque complète ; la déglutition des solides est impossible, celle des liquides très douloureuse. Le malade ne peut avaler sa salive qui s'écoule de la bouche et le force à porter constamment son mouchoir à ses lèvres. La dyspnée est moins intense.

B) *Symptômes physiques.* — L'ouverture de la bouche est facile : l'examen direct permet de voir seulement un peu de rougeur à la partie inférieure du pilier antérieur du côté droit. Rien sur le voile, rien également sur les amygdales palatines.

A l'examen au miroir, l'attention est immédiatement attirée par une tuméfaction située à la base de la langue du côté droit. C'est une proéminence de la grosseur d'une petite noix recouverte d'une muqueuse rouge, luisante, ne présentant pas de points jaunâtres. Cette grosseur repousse l'épiglotte en arrière. Aucun œdème de voisinage, en particulier des replis aryténo et glosso-épiglottiques.

Le toucher, très douloureux, montre la tuméfaction très dure sans fluctuation en aucun point.

En recherchant l'état de mobilité de la langue, on constate que ses mouvements sont difficiles et limités. En outre si, malgré cette immobilité relative on demande au malade de la tirer au dehors autant que possible, on constate que sa moitié droite décrit une courbe vers la droite : sa pointe au contraire, tend à revenir vers la ligne médiane en même temps qu'elle se porte en bas et en arrière.

Le 17 juillet au soir l'ensemble de ces symptômes s'exagère un peu : la dyspnée augmente. En même temps le malade se plaint de la présence d'un corps étranger dans la gorge ; il ne peut, dit-il, ni l'avalier, ni le rejeter.

Le lendemain, 18 juillet, Monsieur Blanluet incise l'abcès : il s'en écoule un peu de pus. On fait gargariser le malade avec de l'eau oxygénée étendue et il se déclare soulagé.

Les jours suivants la gêne et la douleur reparaissent de nouveau : la température, jusque là presque nulle, s'élève légèrement. Le 20 juillet Monsieur Blanluet intervient de nouveau. Avec un crochet amygdalien pointu, il pénètre dans la paroi de l'abcès qui est très épaisse et ramène la faulx d'arrière en avant puis avec une pince de Legroux il écarte largement les lèvres de la plaie pour obtenir un

drainage suffisant. Le malade rejette alors quelques grammes d'un pus épais mélangé de sang. On le fait de nouveau gargariser avec de l'eau oxygénée étendue.

La détente est alors complète : les symptômes fonctionnels disparaissent immédiatement. Le malade rejette les jours suivants un peu de pus. On veille à la plus grande antisepsie possible de la cavité buccale et l'amélioration est rapide et définitive.

Le 27 juillet il quitte l'hôpital.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Étiologie

A l'entrée des voies respiratoires et digestives, le tissu adénoïdien forme une première ligne de défense contre l'invasion microbienne. C'est l'anneau de Waldeyer. Les amas lymphatiques de cet anneau peuvent, par suite de leur rôle, s'infecter facilement. L'inflammation, et en particulier l'inflammation phlegmoneuse que nous avons surtout en vue, résulte de cette infection soit par les microbes habituels de la bouche, soit par des microbes apportés du dehors.

De tout le tissu adénoïdien de l'anneau de Waldeyer, ce sont les amygdales palatines qui sont le

plus souvent intéressées : l'amygdale linguale s'infecte beaucoup moins souvent. La suppuration en est fort rare.

La cause en est difficile à préciser.

I. PRICE-BROWN (de Toronto) attribue cette rareté au passage fréquent de la salive qui nettoie constamment l'amygdale.

Cela peut être une raison, mais est-elle suffisante ? Il ne faut pas oublier que le mucus infecté stagne continuellement dans les vallicules où baigne la quatrième amygdale.

SWAIN ne va-t-il pas jusqu'à déclarer qu'à défaut d'amygdalite phlegmoneuse, la simple amygdalite catarrhale est infiniment plus fréquente qu'on ne le croit : et cela s'explique facilement pour lui par les ingesta et les sécrétions qui viennent infecter continuellement la base de la langue.

On pourrait trouver une raison de cette moindre fréquence de l'amygdalite linguale dans l'atrophie que subissent, à la puberté, les follicules qui la composent. Mais cette atrophie n'est pas admise par tous les auteurs. LENNOV-BROWNE et LUC l'ont combattue à la Société de laryngologie lors du rapport d'ESCAT sur la pathologie de l'amygdale linguale.

On peut enfin chercher une explication dans les quelques particularités anatomiques qui différencient les amygdales palatines de celles de la base de la langue. Son tissu n'est pas identique à celui qui

forme les amas lymphoïdes voisins : les glandes muqueuses y sont en grande quantité ; ici seulement on trouve un épithélium cilié bordant les cryptes. Le tissu de soutien est musculaire, alors qu'ailleurs il est osseux ou aponévrotique.

La plus grande résistance à l'inflammation et surtout à la suppuration constatées, voyons à la suite de quelles circonstances survient le phlegmon. Dans plusieurs des observations rapportées plus haut, on trouve à l'origine une amygdalite banale, par exemple une angine catarrhale généralisée, qui se localise bientôt à la base de la langue.

Quant au phlegmon primitif, plusieurs des cas relatés montrent l'intervention d'un corps étranger ouvrant la porte à l'infection. Dans le cas de HELARY c'est un petit os qui, lors du déjeuner du malade, le blessa au niveau de l'amygdale. Dans celui de SEIFERT c'est une arête de poisson. Il est probable que la plupart du temps cette cause passe inaperçue, le malade n'y portant pas attention.

Le refroidissement peut être une cause occasionnelle exaltant la virulence du germe déjà présent.

Quant aux causes générales elles ne semblent pas devoir intervenir directement. Cependant le malade de LUC avait eu la fièvre jaune, celui de SEIFERT était diabétique : le petit garçon observé par KATZ relevait d'une rougeole ; le nôtre, enfin, était bacillaire. L'influence de l'état antérieur du malade semble agir en mettant l'organisme en un état de moindre résistance à l'infection mais étant donné

la diversité de ces affections, nous ne croyons pas devoir y attacher une grande importance au point de vue du phlegmon lingual.

L'affection semble plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Parmi les observations publiées nous trouvons que l'abcès a été noté quatorze fois chez l'homme et quatre fois seulement chez la femme. De même le maximum de fréquence a lieu entre 25 et 30 ans : un seul cas, celui de KATZ, a été observé chez un enfant. Cependant le peu d'observations publiées ne donne qu'une valeur relative à cette statistique.

Quant à l'examen bactériologique il n'a jamais été fait, ou tout au moins jamais avec les précautions nécessaires. GOODALE (de Boston) dit y avoir rencontré plus de streptocoques que de staphylocoques ; étant donné l'état septique habituel de la bouche et les difficultés de son antisepsie au moment de l'ouverture de l'abcès cet examen ne peut qu'être illusoire. Et d'ailleurs il est logique d'admettre qu'il s'agit des microbes habituels de la cavité buccale comme pour les angines atteignant les autres amygdales.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Rappelons d'abord en quelques lignes l'anatomie normale de l'amygdale linguale.

A la partie postérieure de la face supérieure de la langue, se trouve un amas de follicules lymphatiques, limité en avant par le V lingual, en arrière par les fossettes glosso-épiglottiques, de chaque côté par les ligaments glosso-épiglottiques latéraux et les amygdales palatines. Cet amas est lui-même divisé en deux parties par le ligament glosso-épiglottique médian.

En étudiant de plus près cette région, on constate qu'elle est formée d'une muqueuse dans laquelle viennent s'ouvrir des glandes muqueuses ou séreuses et les glandes folliculeuses qui nous occupent.

« Ces glandes, dit TESTUT, se présentent sous la forme de petites saillies irrégulièrement hémisphériques ou lenticu-

lares, de un à quatre millimètres de diamètre. Elles soulèvent la muqueuse à leur niveau et présentent à leur point culminant un petit orifice, facile à distinguer, même à l'œil nu, qui conduit dans une cavité centrale.

« En étudiant les glandes folliculeuses sur une coupe verticale, on constate que leur cavité centrale est formée par une dépression ou plutôt par une involution de la membrane muqueuse. Sur la face profonde de cette portion de muqueuse ainsi réfléchie, se trouve appliquée une couche toujours unique de follicules clos qui rappellent exactement par leur structure, ceux de l'amygdale : ils sont arrondis ou ovalaires, ont de 200 à 500 μ de diamètre et reposent au sein d'un tissu conjonctif lâche dont les travées servent de support à un riche réseau capillaire. Enfin la glande folliculeuse se trouve limitée du côté des organes sous-jacents par une enveloppe conjonctive ou même fibreuse, laquelle se continue sur le pourtour de son orifice avec le chorion de la muqueuse linguale. »

L'inflammation atteint aussi bien ces glandes que le tissu péri-glandulaire et SIMANOWSKY a distingué deux formes anatomo-pathologiques.

1^o) Dans la première, l'inflammation et la suppuration qui lui est consécutive, se limitent aux follicules. C'est l'amygdalite folliculaire. Les petits abcès évoluent profondément et s'ouvrent finalement à la surface de la muqueuse plus ou moins tard suivant leur situation plus ou moins profonde. Ils atteignent des volumes variables en se fusionnant les uns avec les autres.

Lorsque la muqueuse prend part à l'inflammation

des follicules il se forme des petits exsudats pseudo-membraneux dont la persistance est variable.

2^o) L'inflammation peut ne pas être limitée aux follicules : tout le tissu cellulaire voisin se prend. C'est l'amygdalite avec péri-amygdalite phlegmoneuse. C'est dans ce cas que l'œdème atteint l'épiglotte et parfois le repli ary-épiglotte du côté malade. En avant, dans certaines observations, la partie antérieure de la langue peut être œdémateuse. Enfin dans les cas très graves le tissu cellulaire voisin est envahi, les ganglions se tuméfient et l'amygdalite linguale devient une formidable angine de LUDWIG. Ces faits sont exceptionnels.

Citons aussi les cas où, grâce à la continuité du tissu conjonctif avec celui qui double la muqueuse du vestibule laryngé, on constate de l'œdème du larynx et même parfois les fusées purulentes vers ce vestibule.

L'adénopathie a été constatée d'une façon très variable, très prononcée dans des cas bénins, absente dans d'autres beaucoup plus graves.

CHAPITRE III

Symptomatologie

1^o) Période de début

L'amygdalite linguale phlegmoneuse a un début plus ou moins rapide : elle peut être primitive ou secondaire à une angine banale. Parmi les observations que nous avons rapportées trois d'entre elles concernent des malades soignés d'abord pour une angine commune, érythémateuse ou pultacée : puis le tableau change. Soit incidieusement, soit en s'accompagnant de phénomènes généraux qui font croire à une rechute la nouvelle affection éclate.

Le plus souvent il n'en est pas ainsi. L'amygdalite est primitive se révélant par un vague mal de gorge qui s'accroît et ce début peut-être d'autant plus long que le siège de l'inflammation est

plus profondément situé. Les symptômes généraux sont d'intensité variable.

2^o) Période d'état

Au bout d'une dizaine de jours en moyenne l'amygdalite arrivée à sa période d'état présente un ensemble de symptômes que nous allons étudier.

C'est d'abord la gravité de l'état général : elle varie beaucoup. Elle peut être inquiétante comme pour le malade de HELARY, celui de DEPOUTRE. La fièvre est élevée, accompagnée de céphalalgie, courbature, soif vive. Le sommeil est agité et il y a du délire. Souvent aussi le tableau est beaucoup moins dramatique. Notre malade n'a présenté qu'une seule élévation thermique, à 38°, la veille de la seconde intervention.

Les autres symptômes fonctionnels sont bien plus constants.

La dysphagie qui est un des premiers signes s'installe progressivement. Le malade éprouve au début un petit picotement au fond de la gorge : la déglutition de la salive est un peu douloureuse. Les jours suivants, surtout aux repas, la douleur augmente : le malade est obligée de faire des bouchées de plus en plus petites. Les liquides eux-mêmes ne peuvent plus passer. Le malade sent qu'il y a quelque chose de profondément situé dans sa gorge qui empêche les aliments de passer : c'est une sensation de corps étranger, très nette et très caractéristique, d'après notre malade.

La dyspnée va depuis la simple difficulté pour respirer jusqu'aux terribles accès de la suffocation qui, chez le petit malade de KATZ ont failli amener l'intubation. Il y a du tirage et le tableau réalisé est celui de l'œdème de la glotte.

La pathogénie de ces accidents semble facile à expliquer : c'est la tumeur qui obstrue l'entrée des voies respiratoires. Parfois aussi l'envahissement des ligaments glosso-épiglottiques et de l'épiglotte elle-même par l'œdème est la cause de cette gêne respiratoire. Ainsi on s'explique aussi que la dyspnée puisse faire défaut dans certains cas en l'absence d'œdème : c'était le cas de notre malade.

Lorsqu'on interroge le malade on constate un autre symptôme fonctionnel qu'on ne relève pas également dans tous les cas malgré parfois leur intensité. C'est le changement survenu dans la voix du malade. Elle est empâtée, grasse, inintelligible. Le malade d'ESCAT était, à cet égard, tout à fait caractéristique et cet auteur a analysé minutieusement ces troubles de la prononciation. Il y a, à la fois, nasonnement et anarthie : voix nasonnée par « élévation et raideur irréductible de la base de la langue, obturant l'isthme bucco-pharyngien, empêchant l'onde vocale de s'écouler par la bouche » : anarthie à cause de l'articulation devenue impossible par une langue ankylosée et immobilisée par sa base.

Dans notre observation le trouble était moins

accentué ; on ne retrouvait pas ce timbre de la voix détaillé par ESCAT. Elle était simplement embarrassée, pâteuse.

Le malade se plaint de sa gorge : il doit souffrir en un point très déclive qui répond extérieurement à la grande corne de l'os hyoïde. Cette douleur se propage souvent vers l'oreille du même côté et s'accompagne parfois d'un peu de surdité.

Quoiqu'il en soit, l'ensemble de ce symptôme attire l'attention du côté de la gorge du malade et on en fait l'examen. Mais l'on ne s'attend guère à une affection de la quatrième amygdale et l'on s'étonne de voir le malade ouvrir facilement la bouche. En outre, l'examen direct du pharynx ne montre qu'une vague rougeur des piliers. Cette rougeur cependant est très importante : on la retrouve dans plusieurs des observations publiées et dans notre cas elle est très nette. On note également un état saburral de la langue.

Un premier signe attire l'attention : c'est la douleur que détermine chez le malade la pression sur la langue avec l'abaisse-langue. On palpe, en s'aidant du toucher, le plancher buccal ; il est dépressible, non douloureux.

Se guidant sur les indications du malade, dont la souffrance, nous venons de le voir, a un siège assez déclive, on fait l'examen laryngoscopique et l'on découvre alors la cause de tout le mal.

A la partie toute postérieure de la langue, immédiatement en arrière du V lingual, on aperçoit, d'un

seul côté, une proéminence de la grosseur d'une petite noix, recouverte d'une muqueuse rouge, lisse luisante, avec parfois, à sa partie la plus élevée, une petite région plus claire, jaunâtre. Tout autour l'infiltration — cela n'est pas constant — a gagné les replis et les fossettes glosso-épiglottiques. Cet œdème s'étend parfois légèrement en avant.

L'épiglotte, la base des piliers sont hyperémiées. Quelquefois on aperçoit des exsudats pseudo-membraneux discrets et faciles à détacher, recouvrant une muqueuse intacte.

La difficulté de l'examen avec le miroir, ne permet pas de voir l'état des cordes vocales : d'ailleurs, la saillie formée par l'abcès et la présence de l'épiglotte repoussée en arrière, augmentent encore la difficulté. Quand on y parvient, on les voit normales, rarement œdématisées.

Le palper renseigne sur la consistance de la tumeur : celle-ci est très dure. Il n'existe pas de fluctuation. Le toucher est très pénible pour le malade.

A ces symptômes, ajoutons enfin un signe qui n'a pas été signalé jusqu'ici par les auteurs.

Quand on dit au malade de sortir la langue, on constate que ce mouvement est difficile : l'organe semble retenu en arrière. Si malgré cette immobilité relative et au prix de quelques efforts il parvient à la sortir de la bouche, on remarque que la langue est déviée. Cette déviation porte sur la moitié correspondante à l'amygdale atteinte et peut se décomposer en : déviation du corps qui se porte vers la

commissure labiale du côté malade, et déviation de la pointe, qui se porte en bas et en arrière, tout en ayant tendance à se diriger, à l'encontre du corps, vers la commissure du côté opposé.

Cette déviation de la langue rappelle de très près celle que M. le Dr SÉBILEAU a décrite récemment (Paris médical, décembre 1911) dans les cancers de la gorge comme un signe ordinaire et précoce. Cet auteur dit l'avoir rencontré rarement dans d'autres cas. Il y aurait donc une exception à faire pour l'amygdalite phlegmoneuse.

Quant à la pathogénie de ce signe l'explication donnée par M. SÉBILEAU peut très bien s'appliquer là aussi. L'infiltration œdémateuse de la moitié de la langue rend cette partie rigide, n'obéissant plus à l'action du génio-glosse correspondant. L'autre moitié, au contraire, se déploie libre et souple, et par suite de l'action de son génio-glosse se dirige vers le côté opposé, c'est-à-dire le côté malade. Quant à la pointe de la langue elle n'est pas infiltrée : elle garde, par suite, sa souplesse et tend à reprendre sa position médiane, ce qui la dirige du côté opposé.

Enfin on trouve un dernier signe qui n'est guère en rapport avec la gravité de l'affection : c'est l'adénopathie. Les premières observations ne l'avaient pas signalée et on a cru un moment qu'elle n'existait pas. Cependant les publications ultérieures, et en particulier celles de MARION, d'ESCAT la décrivent très nettement.

En général l'engorgement porte à la fois sur les ganglions sous-maxillaires et surtout sur ceux sus-hyoïdiens : il s'accompagne quelquefois d'un œdème peu accentué de la région sus-hyoïdienne. Cette localisation de l'inflammation ganglionnaire répond bien à la distribution anatomique des lymphatiques.

Comment pourrait-on expliquer cette variabilité dans l'apparition de l'adénopathie ? Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet. Escat, entr'autres, pense qu'elle pourrait bien être en rapport avec l'espèce microbienne en cause. L'exemple de l'adénopathie des amygdalites palatines est en faveur de cette hypothèse.

L'examen extérieur du larynx ne montre rien de particulier.

CHAPITRE IV

Evolution et Pronostic

L'évolution du phlegmon lingual varie suivant qu'il s'agit de folliculite suppurée ou de péri-amygdalite accompagnant une amygdalite phlegmoneuse.

Dans le premier cas — et les observations de SIMANOWSKI sont assez typiques à cet égard — la durée de la maladie est de deux à trois semaines. Les follicules suppurent successivement et tous les quatre ou cinq jours deux ou trois d'entre eux s'ouvrent donnant lieu à une certaine détente des phénomènes qui ne tardent pas à reprendre lorsque d'autres follicules se prennent.

Dans le second cas, au contraire, la durée est beaucoup plus longue. L'abcès met deux à trois semaines à se former : dans le cas où il est profondément situé, il peut même évoluer très lentement.

Quant à son ouverture elle se fait très souvent

spontanément, mais la gravité des symptômes commande le plus souvent une intervention qui apaise rapidement les principaux d'entre eux.

Une fois ouvert, l'abcès s'affaisse rapidement : il est des cas où la cicatrisation ne se fait pas attendre : mais la plupart du temps une récurrence se produit. Dans l'observation de LUC le malade eut de nombreuses rechutes malgré les soins d'antisepsie buccale qui furent pris dans la suite.

Quant aux complications elles sont fort peu nombreuses : la propagation de l'infiltration œdémateuse aux régions voisines est la seule qui ait été notée : encore l'intervention et les soins consécutifs la font-ils cesser rapidement. Les phénomènes de dysphagie et de dyspnée sont dans le même cas. Cette dernière a atteint parfois une telle intensité que le malade asphyxiait. Ces accidents mécaniques disparaissent aussi grâce à l'ouverture de l'abcès.

Enfin WOLKOW a décrit sous le nom de tuméfaction ligneuse du cou un adéno-phlegmon secondaire à un abcès de l'amygdale linguale et siégeant autour des ganglions sous-maxillaires. C'est une complication rare puisque aucun autre auteur ne l'a signalée.

Comme on le voit les complications sont rares et cèdent facilement à l'intervention. Aussi le pronostic peut-il être considéré comme bénin. Toutes les observations rapportées se sont terminées par la guérison.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de l'abcès de la quatrième amygdale est très difficile à faire au début. Il faudra y songer en présence d'un malade présentant une dysphagie rapidement progressive et qui se plaint de souffrir en un point assez déclive de la gorge répondant extérieurement à la grande corne de l'os hyoïde : d'après SIMANOWSKY, il existe alors une rougeur de la partie inférieure des piliers antérieurs que cet auteur considère comme presque pathognomonique.

L'endoscopie seule permet de lever tous les doutes en montrant qu'il s'agit d'une affection localisée à la base de la langue : on trouve alors dans cette région une tumeur rouge, lisse, dure au toucher.

Enfin il y a souvent de l'adénopathie, des troubles de la parole, de la déviation de la langue,

Tous ces signes permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un phlegmon de l'amygdale linguale et indiquent le traitement.

Cependant, tous ces signes ne sont pas toujours réunis et parfois l'un d'eux, par l'importance qu'il prend, peut égarer le diagnostic. Aussi, faut-il songer à toutes les affections de la base de la langue et les différencier de celle à laquelle on a affaire.

A) Le diagnostic, avec la glossite basique intermusculaire est souvent très difficile : les divers auteurs, et RUAULT en particulier, y ont insisté pour montrer que l'œdème de la glossite est toujours lingual, profondément situé, et non pas localisé à la muqueuse.

B) L'angine de LUDWIG présente une gravité qui lui est propre : les symptômes généraux sont autrement intenses, l'œdème est beaucoup plus étendu. Cependant, les formes circonscrites peuvent prêter à l'erreur, surtout lorsqu'on pense aux cas où le phlegmon de l'amygdale s'accompagne d'un œdème très étendu. Dans ces cas, on peut se baser sur l'état du plancher buccal, souple dans les affections amygdaliennes, infiltré dans l'angine de LUDWIG. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'entre les deux maladies il y a tous les intermédiaires : l'une n'est que l'autre aggravée et plus étendue.

C) BRAULT et BROUSSE ont décrit sous le nom de phlegmon thyro-glosso-épiglottique, une suppuration localisée dans la loge de même nom et qui

s'accompagne des mêmes symptômes physiques et fonctionnels que l'amygdalite linguale phlegmoneuse. Mais dans cette affection, l'examen au miroir, d'ailleurs beaucoup plus facile, simplifie le diagnostic en montrant la localisation.

D) Il en est de même pour le phlegmon pharyngo-laryngé.

E) Sous le nom d'angine épiglottique antérieure et postérieure, certains auteurs (MICHEL, de Cologne, 1886, RUAULT) ont décrit une infiltration œdémateuse occupant les faces correspondantes de l'épiglotte et pouvant gagner secondairement les fossettes glosso-épiglottiques et la base de la langue. Mais LERMOYEZ se demande si, dans ces cas, il ne s'agirait pas de phlegmon de l'amygdale linguale dans lequel l'œdème épiglottique ait, par son intensité, caché le syndrome initial.

F) A côté de ces différentes affections dans lesquelles le diagnostic est rendu difficile par l'œdème et l'état général, il existe un certain nombre de maladies à évolution plus chronique, passant à peu près inaperçues et dans lesquelles une poussée aiguë vient faire croire à tout autre chose. C'est ainsi que le goître de la base de la langue, après une période latente, peut, sous l'influence de causes mal déterminées, présenter un accroissement assez rapide de volume, donnant lieu à une gêne de la déglutition, de la phonation et de la respiration. A l'examen on trouve une tuméfaction arrondie,

recouverte d'une muqueuse lisse et unie, très vascularisée, de consistance élastique. Pas d'adénopathie, pas de troubles de l'état général.

Les lipomes et les fibromes se traduisent par des symptômes fonctionnels presque nuls.

Il en est de même des angiomes qui révèlent souvent leur présence par des hémorragies.

L'hypertrophie de l'amygdale linguale à une évolution lente et l'examen laryngoscopique montre l'une des deux formes décrites : la forme disséminée avec quelques follicules hypertrophiés séparés par une muqueuse que recouvre un lacis bleuâtre de veines, — et la forme en nappe où les follicules agglomérés forment une masse mûriforme divisée en lobes par des sillons dans lesquels on trouve un exsudat pseudo-membraneux.

Les accidents syphilitiques, en particulier les gommes, se reconnaissent à l'histoire du malade : les gommes, sont au nombre de deux ou trois à la palpation donne, suivant l'expression de RICORD, la sensation « que la langue soit rembourrée de noisettes. »

Les tuberculomes de la base de la langue sont exceptionnels.

Les kystes du canal thyro-glosse présentent un accroissement subit à la puberté et deviennent fluctuants : parfois une ponction est nécessaire pour lever les doutes. Elle donne un liquide vis-

queux, filant, comparable à du mucus nasal (MORESTIN).

Quant au cancer le signe de la langue indiqué par SÉBILEAU, peut prêter à l'erreur mais un examen attentif, les symptômes généraux et l'évolution de la maladie, sont trop différents pour retarder longtemps le vrai diagnostic.

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement du phlegmon de la quatrième amygdale donna lieu à une longue discussion à la Société française de laryngologie lors du rapport d'Escat. Celui-ci préférait attendre l'ouverture spontanée et instituer un traitement par gargarismes et badigeonnages : il conseillait de n'intervenir que quand les troubles respiratoires, menaçants, ne permettraient plus d'attendre. MOURE s'éleva contre cette opinion : il ne croyait pas devoir temporiser ; en présence des graves complications qui peuvent survenir, il lui semble préférable d'inciser : « le galvanocautère, dit-il, ne fait courir aucun risque au malade. » FURET est du même avis et pense qu'il faut inciser largement toutes les collections purulentes de la base de la langue.

En général, les auteurs qui se sont trouvés en

face d'une symptomatologie bénigne préfèrent temporiser. RUALT et MONNIER sont dans ce cas. SIMANOWSKI et MOURE qui ont eu, au contraire, affaire à des accès de suffocation dramatique, interviennent désormais pour les éviter.

Cette discussion est à rapprocher de celles qui eurent lieu à propos du phlegmon péri-amygdalien : longtemps, là aussi, on eut recours aux badigeonnages et aux gargarismes : l'ignorance de sa nature phlegmoneuse fut même cause que l'on eut recours aux vomitifs.

Aujourd'hui, dans l'un et l'autre cas l'intervention s'impose. Il faut seulement attendre que la suppuration ait succédé à l'inflammation et surveiller de près le malade. Pendant ce temps-là recourir aux soins antiseptiques usuels de la bouche. Puis si l'abcès ne s'ouvre pas de lui-même intervenir avant qu'aucun phénomène grave ne s'établisse et que l'état général ne devienne mauvais. En effet dans l'amygdalite phlegmoneuse linguale, le pus peut fuser et en rayonnant vers le plancher buccal ou vers le larynx donner lieu aux complications que nous avons décrites.

Quant à l'intervention elle-même elle ne présente aucune difficulté. Nous décrirons d'abord le procédé employé par la plupart des auteurs dans les observations que nous avons rapportées et indiqué par LAURENS dans le Traité de médecine opératoire de BERGER et HARTMANN,

On se sert d'instruments non rectilignes mais présentant à leur extrémité la courbure laryngienne. D'ailleurs on peut employer les instruments généralement utilisés pour le larynx.

On peut commencer par anesthésier la région : cela permettra d'aller plus lentement et de pouvoir contrôler par le miroir la marche du bistouri. C'est à cette seule condition que l'on peut faire l'incision nécessaire, large et profonde, évacuant tout le pus.

L'anesthésie, étant donné qu'il s'agit de tissus enflammés, sera faite avec la solution de BONAIN dont on instillera quelques gouttes à la surface de l'abcès.

Puis la bouche étant maintenue ouverte grâce à un ouvre-bouche, on introduit doucement le bistouri laryngien à lame cachée et on incise largement l'abcès sous le contrôle du miroir.

Ce procédé ne donne pas au pus un jour suffisant et les récidives sont presque la règle. C'est qu'en effet le pus se loge dans les anfractuosités du tissu amygdalien et dans bien des cas une seconde intervention a été nécessaire. Aussi, dans les cas de DEPOUTRE et chez notre malade, on a eu recours avec succès à un crochet amygdalien pointu qui est introduit avec les mêmes précautions et avec lequel on dilacère le tissu malade dans tous les sens. On peut compléter cette intervention à l'aide d'une pince de LEGROUX que l'on introduit dans la plaie et dont on écarte ensuite les mors. L'abcès est ainsi ouvert.

plus largement et sans crainte de causer des lésions de voisinage. C'est, comme on le voit, un traitement semblable à celui des amygdalites phlegmoneuses palatines.

Aussitôt le pus évacué, on peut badigeonner la cavité avec un porte-coton recourbé et imbibé d'eau oxygénée pure. Quelques gargarismes faits avec de l'eau oxygénée étendue achèveront l'antisepsie buccale.

Les jours suivants, le malade est surveillé de très près, car nous savons que les récidives sont fréquentes malgré toutes les précautions que l'on peut prendre. On continuera donc l'antisepsie buccale tout en veillant à l'état général et aux symptômes locaux : on examinera au miroir l'amygdale linguale et on n'hésitera pas à recourir à une nouvelle intervention à la moindre menace de rechute.

Conclusions

Le phlegmon de l'amygdale linguale, dont la connaissance remonte seulement à la fin du siècle dernier est, comme les autres suppurations du tissu adénoïdien de l'anneau de WALDEYER, déterminé par les microbes habituels de la cavité buccale. Une blessure par un corps étranger peut favoriser cette infection.

Anatomiquement on observe deux formes différentes : suppuration des follicules donnant l'amygdalite phlegmoneuse, ou bien suppuration du tissu cellulaire voisin accompagnant celle des follicules donnant la péri-amygdalite. L'œdème, d'étendue très variable peut fuser jusqu'au vestibule laryngé.

Les principaux signes sont une dysphagie presque complète qui s'accompagne parfois de dyspnée et de troubles de la parole. L'examen du malade révèle le siège de l'abcès et montre une tuméfac-

tion unilatérale, ordinairement lisse, recouverte d'une muqueuse tendue ; elle est dure au palper. La langue peut être déviée. Enfin on note de l'adéno-pathie, surtout sus-hyoïdienne et un état général qui peut être très grave.

L'évolution plus ou moins rapide aboutit généralement à l'ouverture spontanée à moins d'une intervention précoce. Le pronostic est bénin.

Le diagnostic est facile si l'on fait l'examen au miroir. Les quelques affections de la base de la langue avec lesquelles on peut confondre le phlegmon sont éliminées rapidement.

Sans attendre comme autrefois l'ouverture spontanée il convient d'intervenir dès que la suppuration se produit. Le meilleur procédé consiste à dilacérer largement le tissu malade avec un crochet amygdalien pointu et la guérison survient rapidement grâce à une bonne antisepsie de la cavité buccale.

Vu : *Le Président de thèse,*
CHANTEMESSE.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Index Bibliographique

DEPOUTRE. — *Annales des maladies de la gorge, de l'oreille et du nez*. 1903. Tome I, p. 432, « Peri-amygdalite linguale phlegmoneuse.

ESCAT. — *Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx*. 1901.

— Rapport sur la pathologie de l'amygdale linguale à la Société Française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, session de 1898. Compte rendu par M. Lombard. In *Annales de laryngologie*. 1898. Tome I, p. 602.

— *Revue hebdomadaire de laryngologie*. 1^{er} février 1896. « Amygdalite linguale phlegmoneuse (angine linguale de David Craigie, glossite basique d'A. Broca) ».

P. GASTOU. — *Annales de laryngologie*. 1892. p. 120. Compte rendu de la séance du 4 décembre 1891, de la Société d'oto-rhino-laryngologie de Paris.

J. GOODALE. — *The laryngoscope*, juillet 1899. 21^e session annuelle de l'Ass. laryngologique américaine : « Suppurations aiguës des amygdales linguales ».

HAGEM. — *Journ. of laryng. and rhin.*, n^o 1, 1889 ; *Soc. med. de Leipzig*, 16 oct. 1888. « Des affections de l'amygdale linguale ».

HELARY. — *Annales de laryngologie*, 1892, p. 931. « Note sur un cas d'abcès de la base de la langue, service du Dr Gouguenheim ».

A. KATZ. — *Progrès Médical*, 31 mars 1900. « Sur deux variétés très rares d'angine phlegmoneuse chez l'enfant ».

G. LAURENS. — *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*. (Berger et Hartmann). Chirurgie oto-rhino-laryngologique.

LAUTMANN. — *Annales de laryngologie*, 1906. Tome I, p. 407. XII^e réunion des laryngologistes de l'Allemagne du Sud : Killiam (Worms) : « Diagnostic et ouverture des abcès profondément situés dans la base de la langue ».

MARION. — Thèse de Paris, 1894.

MANDLE. — *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, 1872.

NINCKLER. — *Annales de laryngologie*, 19011, p. 897. Compte-rendu du rapport sur le traitement des suppurations de l'anneau de Waldeyer, présenté au Congrès international de laryngo-rhinologie de Berlin, septembre 1910.

PRICE-BROWN. — *Monthly Cyclopedia*. « Relations entre l'hypertrophie des différentes amygdales de l'anneau de Waldeyer et l'étiologie des maladies. Nov. 1905, p. 489.

RUULT. — *Traité de médecine* Charcot, Bouchard et Brissaud. Tome III. Maladies de la bouche et du pharynx. 1892.

SEBILEAU. — *Paris Médical*, 9 décembre 1911. « Un signe ordinaire et précoce des cancers de la gorge (arrière-bouche, carrefour aéro-digestif.) »

SEIFERT. — *Revue hebdomadaire de Laryngologie*. 7 janvier 1911. « Sur l'amydalite préépiglottique phlegmoneuse. »

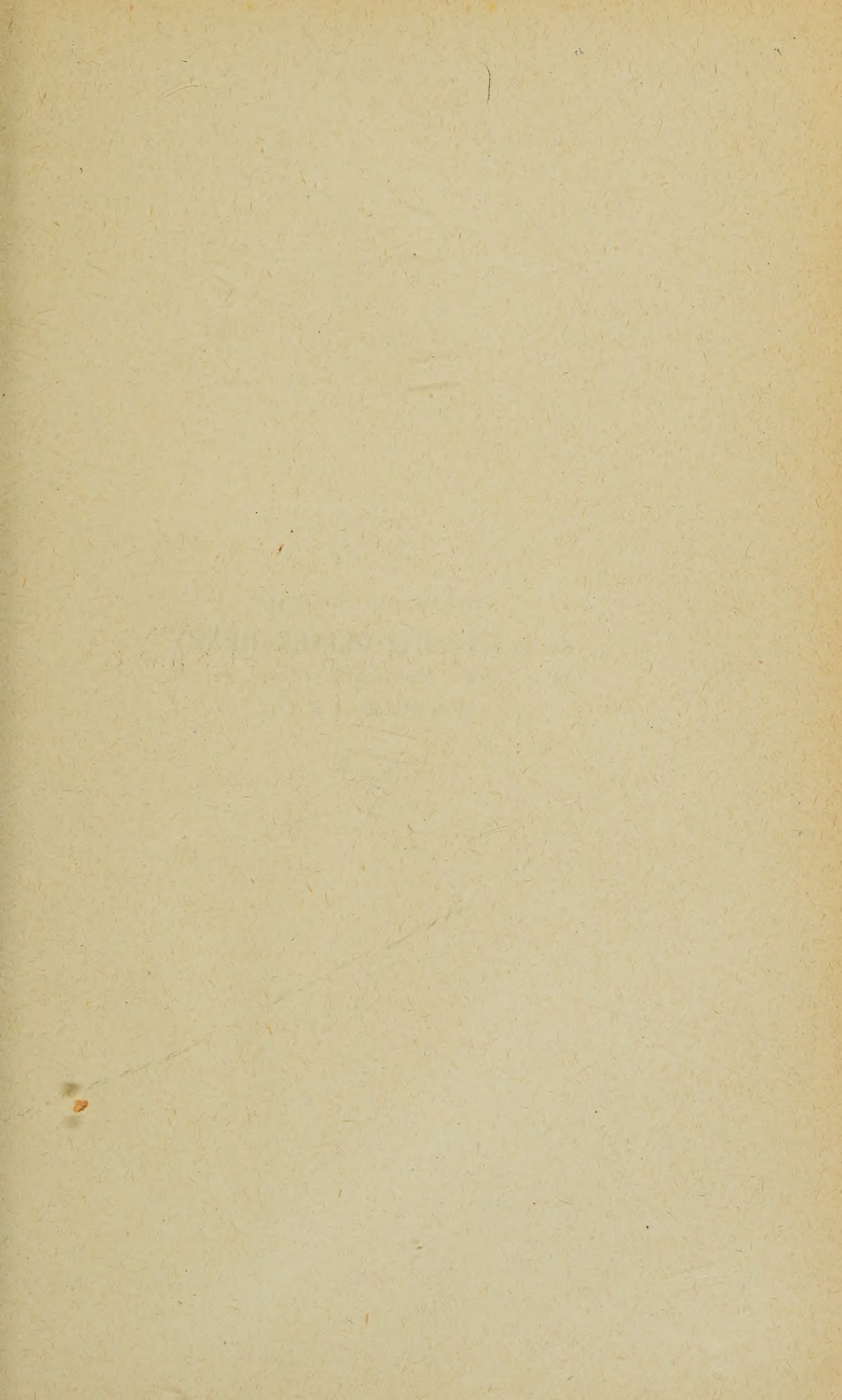
SIMANOWSKY. — *Wratch* n° 43-50. 1893. « Des affections inflammatoires des tissus glandulaires lymphatiques de la base de la langue (4^e amygdale, amygdale linguale). »

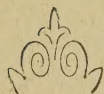
SPICER (Scanes). — *Lancet* 27 octobre 1888. in *Journ. of Laryng.* n° 5, 1889. « Les amygdales (de l'isthme, de la langue, du pharynx et discrètes) : leurs fonctions, leurs rapports avec les affections de la gorge et du nez. »

SWAIN. — *N. Y. med. Journ.* 25 juillet 1896, n° 921. « Remarques sur les inflammations aiguës de l'amygdale linguale. »

TESTUT. — *Anatomie humaine*. Organes des sens. Chap. II. Sens du goût (Langue).

VOLKOW. — *Med. Obzv.* n° 13, 1895. Pathologie de l'amygdale linguale et des abcès phlegmoneux du cou.





IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — Rue Monsieur-le-Prince — 26
PARIS (VI^e)



